

FAC-SIMILE DI DOMANDA DA PRODURRE SU CARTA INTESTATA

PER RICHIEDERE L'APPROVAZIONE, AI SENSI DEL DCA N°8/2016 PER ESPLETARE CORSI DI FORMAZIONE PER ALIMENTARISTI



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza

Dipartimento di Prevenzione
Direttore Dott. Marcello Perrelli



REGIONE CALABRIA

REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie
Attività Territoriale LEA

Dirigente del Settore Dr. Giacomino Brancati

Resp. U.O Igiene Alimenti Dr Dario Macchioni

Cittadella Regionale Località Germaneto

88100 CATANZARO

REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie
Task-force per le Attività Veterinarie

Responsabile Dr. Pasquale Turno

Cittadella Regionale Località Germaneto

88100 CATANZARO

E p.c.

AL DIRETTORE GENERALE ASP CS
Dr Raffaele MAURO

SEDE

Oggetto: Trasmissione modulistica A.S.P. di Cosenza, approvazione preventiva per istituzione corsi "Alimentaristi" DCA N°8 del 12/01/2016, ai fini della condivisione/approvazione.

Facendo seguito alla DGR n°8/2016 si trasmette la modulistica predisposta da questo Dipartimento di Prevenzione di Cosenza che, dopo la loro condivisione/approvazione verrà pubblicata in formato scaricabile sul sito telematico aziendale.

Questo Dipartimento provvederà a costituire una Commissione di valutazione, per i compiti assegnati al punto 4.2.2 dell'allegato A alla DGR 28/2012 e smi per le comunicazioni alle altre AA.SS.PP. interessate, delle domande che verranno inoltrate dai soggetti di cui al punto 4.2 e 4.2.1 dell'Allegato A DGR 28/2012 per la richiesta preventiva per l'istituzione di corsi per "alimentaristi".

La suddetta Commissione sarà costituita, per la valutazione congiunta, da personale afferenti le UU.OO. competenti SIAN, SVET "B" e SVET "C".

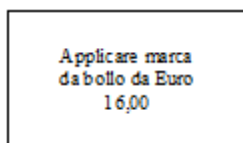
Inoltre, per la diffusione di quanto previsto e modificato dal DCA n°8 del 12/01/2016, verrà pubblicata sulla home-page del sito aziendale l'informativa delle nuove procedure.

Nell'attesa si coglie l'occasione per inviare cordiali saluti.

IL DIRETTORE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
(Dott. Marcello Perrelli)

FAC-SIMILE DI DOMANDA DA PRODURRE SU CARTA INTESATA

PER RICHIEDERE L'APPROVAZIONE, AI SENSI DEL DCA N°8/2016 PER ESPLETARE CORSI DI FORMAZIONE PER ALIMENTARISTI
Allegato n°1



Spett.le AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COSENZA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Via TAGLIAMENTO n° 15
87100 COSENZA

Oggetto: Domanda di approvazione preventiva per istituzione corsi per "Alimentaristi" DCA N°8/2016 Procedura per la richiesta dei corsi per "Alimentaristi" di cui alla DGR 98/2007, DGR 28/2012

Il sottoscritto (riportare nome, cognome, luogo, data di nascita), legale rappresentante della (riportare denominazione e tipo di società) con sede legale (riportare indirizzo della sede legale), in relazione alla DGR 98/2007, DGR 28/2012 come modificato dalla DCA 8/2016

CHIEDE L'APPROVAZIONE PREVENTIVA DELL'ASP DI COSENZA (DCA 8/2016)
dei seguenti prototipi di corsi (esclusivamente per i percorsi formativi degli "Alimentaristi"
previsti all'allegato A della DGR n° 28 del 02/03/2012)

Denominazione e numerazione corso	Livello di rischio	Categoria omogenea di addetti	Durata in ore

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA

1. delle norme regionali in materia;
2. che la realizzazione dei corsi potrà avvenire solo in seguito all'approvazione preventiva da parte dell'ASP di Cosenza (DGR 28/2012)
3. che prima di iniziare i corsi, qualora approvati, dovrà essere prodotta all'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, 20 giorni prima dell'avvio, la documentazione con le informazioni di cui al punto 6.3.1 allegato A alla DGR 28/2012.
4. che provvederà ad adempiere a tutto quanto previsto dall'allegato A della DGR 28/2012 ed a fornire tutte le informazioni sullo svolgimento dell'attività formativa nonché a comunicare i nomi, all'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza.

ALLA PRESENTE DOMANDA ALLEGA IN DUPLICE COPIA:

- ❖ n°__progetti uno per tipo di prototipo di corso (strutturati per livello di rischio e per categoria omogenea di addetti) allegato n° 2.
- ❖ Dichiarazione sostitutiva rispetto normative – sottoscritta in originale (allegato n°3).
- ❖ Dichiarazione per locali – sottoscritta in originale (allegato n°4)
- ❖ N° __ curricula docenti datati e sottoscritti in originale – allegati ad ogni singolo corso (allegato n°5)
- ❖ Ricevuta di pagamento dei diritti di istruttoria, punto 6.2.8 allegato A alla DGR 28/2012, pari a euro__per un totale di n° _____ prototipi di corso.
- ❖ Altro:
 - Certificato prevenzione incendi o dichiarazione che è stata presentata richiesta al rilascio del certificato all'autorità competente.
 - Certificato di agibilità.
 - Specificare _____

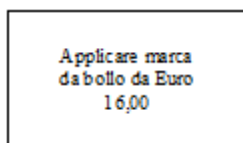
Data_____

Firma e timbro
(Allegare fotocopia documento di identità)

FAC-SIMILE DI DOMANDA DA PRODURRE SU CARTA INTESTATA

PER RICHIEDERE L'APPROVAZIONE, AI SENSI DEL DCA N°8/2016 PER ESPLETARE CORSI DI FORMAZIONE PER ALIMENTARISTI

Allegato n°1bis



**Spett.le AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COSENZA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Via TAGLIAMENTO n° 15
87100 COSENZA**

Oggetto: Domanda di approvazione preventiva per istituzione corsi FAD per "Operatori del Settore Alimentare" DCA N°8/2016 Procedura per la richiesta dei corsi per "Operatori del Settore Alimentare" di cui alla DGR 98/2007, DGR 28/2012

Il sottoscritto (riportare nome, cognome, luogo, data di nascita), legale rappresentante della (riportare denominazione e tipo di società) con sede legale (riportare indirizzo della sede legale), in relazione alla DGR 98/2007, DGR 28/2012 come modificato dalla DCA8/2016

**CHIEDE L'APPROVAZIONE PREVENTIVA DELL'ASP DI COSENZA (DCA 8/2016)
dei seguenti prototipi di corsi** (esclusivamente per i percorsi formativi degli "Operatori del Settore Alimentare" previsti all'allegato A della DGR n° 28 del 02/03/2012)

Denominazione e numerazione corso	Livello di rischio	Categoria omogenea di addetti	Durata in ore

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA

- delle norme regionali in materia;
- che la realizzazione dei corsi potrà avvenire solo in seguito all'approvazione preventiva da parte dell'ASP di Cosenza (DGR 28/2012)
- che provvederà a fornire tutte le informazioni sullo svolgimento dell'attività formativa nonché a comunicare i nominativi dei soggetti formati al termine dei corsi, all'ASP di Cosenza.

ALLA PRESENTE DOMANDA ALLEGA IN DUPLICE COPIA:

- ❖ n° ___ progetti uno per tipo di prototipo di corso (strutturati per livello di rischio e per categoria omogenea di addetti) allegato n° 2.
- ❖ Relazione descrittiva.
- ❖ Dichiarazione sostitutiva rispetto normative – sottoscritta in originale (allegato n°3).
- ❖ Attestazione di qualifica di Provider accreditato per la FAD dalla Commissione Nazionale per la formazione continua in Medicina (ECM).
- ❖ N° ___ curricula Comitato Scientifico, Direttore, tutor/docenti datati e sottoscritti in originale (allegato 5).
- ❖ Ricevuta di pagamento dei diritti di istruttoria, punto 6.2.8 allegato A DGR28/2012, pari a euro ___ per un totale di n° _____ prototipi di corso.
- ❖ Prodotto FAD e password.
- ❖ Altro:
 - Relazione con specificazione di cui al punto 12.2.1 lettere a). b) c), d) allegato A alla DGR 28/2012.
 - Certificazione di qualità.
 - Specificare _____

Data _____

Firma e timbro
(Allegare fotocopia documento di identità)

FAC-SIMILE DI DOMANDA DA PRODURRE SU CARTA INTESTATA

PER RICHIEDERE L'APPROVAZIONE, AI SENSI DEL DCA N°8/2016 PER ESPLETARE CORSI DI FORMAZIONE PER ALIMENTARISTI

Allegato n° 2

FORMULARIO PER LA RICHIESTA DI APPROVAZIONE (dgr 28/2012 dca8/2016) DEI CORSI DI FORMAZIONE PER "OSA"

SOGGETTO RICHIEDENTE

Denominazione _____ Accredитamento ASP CS _____
Sede legale Via _____ n° _____
città _____ prov _____ CAP _____
Telefono _____ FAX _____ E-mail _____
Sede fiscale: via _____ n° _____
città _____ prov _____ CAP _____
Telefono _____ FAX _____ E-mail _____
Sede operativa: via _____ n° _____
Telefono _____ FAX _____ E-mail _____
Partita IVA _____ Codice fiscale _____
Rappresentante Legale _____
Registrazione: c/o Camera di commercio n° _____ Anno _____ Prov _____
c/o tribunale n° _____ Anno _____ Prov _____ Autorizzazione _____

RISORSE RESE DISPONIBILI DAL SOGGETTO RICHIEDENTE UTILIZZATE PER IL CORSO

Aule didattiche (indicare i dati per ciascuna sede/aula necessaria per il Corso)

Indirizzo	Metri quadri	Modalità di utilizzo per l'erogazione dei servizi previsti	Risorsa registrata SI/NO

Laboratori informatici (indicare i dati per ciascun laboratorio necessario per il corso)

Indirizzo	Metri quadri	Modalità di utilizzo per l'erogazione dei servizi previsti	Risorsa registrata SI/NO

Altri locali per servizi/attività necessari al progetto

Indirizzo	Metri quadri	Modalità di utilizzo per l'erogazione dei servizi previsti	Risorsa registrata SI/NO

Hardware/software necessari per il corso ovvero materiale didattico da utilizzare

Indirizzo	Metri quadri	Modalità di utilizzo per l'erogazione dei servizi previsti	Risorsa registrata SI/NO

Altre informazioni: _____

Leggenda

SI: Risorsa in disponibilità continuativa della sede: registrata nella domanda di accreditamento

NO: Risorsa reperita ad hoc per il corso: non registrata nella domanda di accreditamento

FAC-SIMILE DI DOMANDA DA PRODURRE SU CARTA INTESTATA

PER RICHIEDERE L'APPROVAZIONE, AI SENSI DEL DCA N°8/2016 PER ESPLETARE CORSI DI FORMAZIONE PER ALIMENTARISTI

Sezione 1 Prototipo di Corso n° _____

(Duplicare questa sezione per ciascuna tipologia di corso di cui si richiede l'approvazione ASP di Cosenza, facendo riferimento ai livelli di rischio indicati nell'allegato A alla DGR 28/2012 e per categorie omogenee di addetti. Allegare eventuale relazione esplicativa)

Richiesta validità FINO AL 31/12/2019

Numerazione e denominazione corso	Categoria omogenea di addetti	n° partecipanti	N. UFC	Denominazione UFC	Durata in ore UFC
			1		
			2		
			3		
			4		
			Totale corso		

Sezione 2 Articolazione del corso (sviluppo dei contenuti relativi agli argomenti relativi agli argomenti dei corsi di cui ai punti 6.4 e 6.5 dell'allegato A alla DGR 28/2012)

N. UFC	Contenuti della UFC	Obiettivi di competenza da raggiungere	Metodologia didattica utilizzata	strumenti didattici
1				
2				
3				
4				

Sezione 3 – Obiettivi e Modalità di verifica del loro raggiungimento

Sezione 4 – Modalità univoca di registrazione e verifica della frequenza al corso (corsisti, docenti e tutor) _____

Sezione 5 – Direttore del corso

(Nome, cognome, data e luogo di nascita. Tipo di laurea, luogo e data di conseguimento. Tipo di specializzazione luogo e data di conseguimento – Allegare curriculum vitae)

Sezione 6- Profilo e caratteristiche dei docenti/tutor (Allegare curriculum vitae)

Nome e cognome	Disciplina/UFC insegnata nel corso	Titolo di studio	condizione professionale

Sezione 7 – Tariffa a carico dei corsisti (Se prevista) _____

Sezione 8 – Responsabile del corso e sua qualifica professionale _____

**Il Legale Rappresentante dell'Ente
(Firma e timbro)**

(Allegare fotocopia documento di identità)

FIRMARE ANCHE TUTTE LE PAGINE PRECEDENTI

FAC-SIMILE DI DOMANDA DA PRODURRE SU CARTA INTESATA

PER RICHIEDERE L'APPROVAZIONE, AI SENSI DEL DCA N°8/2016 PER ESPLETARE CORSI DI FORMAZIONE PER ALIMENTARISTI

Allegato n° 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Il/la sottoscritto/a (*Nome, cognome*), nato/a il _____ a _____, non in proprio ma quale legale rappresentante della (*riportare denominazione dell'ente che si rappresenta*), con sede in (*riportare indirizzo della sede legale*), in relazione alla richiesta di approvazione preventiva (DCA 8/2016)

Consapevole degli effetti penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del D.P.R.445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- Di non trovarsi in stato di fallimenti, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo ed in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio Stato; ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di queste situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio;
- che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del Codice Penale;
- *nel caso di soggetti privati*: di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio Stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:
INPS _____ matricola _____ sede di _____
INAIL _____ matricola _____ sede di _____
- *nel caso di soggetti privati*: di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i seguenti adempimenti secondo la legislazione del proprio Stato;
- *er le cooperative*: di applicare il Contratto Collettivo di Lavoro anche per i soci della cooperativa.

Data _____

FIRMA

Il Legale Rappresentante
(Allegare fotocopia documento di identità)

FAC-SIMILE DI DOMANDA DA PRODURRE SU CARTA INTESTATA

PER RICHIEDERE L'APPROVAZIONE, AI SENSI DEL DCA N°8/2016 PER ESPLETARE CORSI DI FORMAZIONE PER ALIMENTARISTI
Allegato n° 4

Fac-simile dichiarazione per **LOCALI NON REGISTRATI**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO AI SENSI DEL DPR 445/2000

Il/la sottoscritto/a (*Nome, cognome*), nato il _____ a _____,
non in proprio ma quale legale rappresentante della (*riportare denominazione dell'ente che si rappresenta*), con sede in (*riportare indirizzo della sede legale*), in relazione alla richiesta di approvazione preventiva (DCA 8/2016)

Consapevole degli effetti penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del D.P.R.445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità,

in riferimento al/ai locali, indicato/i per il progetto formativo sopradetto come "non registrato", ubicato/i in
via _____ città _____ Prov. _____
tipologia (indicare aula didattica, laboratorio, ecc.) _____

DICHIARA

- Che la destinazione d'uso dei sopra elencati locali è compatibile con le attività didattiche;
- che i locali sono a norma sotto il profilo igienico-sanitario, edilizio ed urbanistico;
- che i locali garantiscono le norme in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- che sono disponibili presso la sede i documenti attestanti i titoli di proprietà/locazione / comodato/altro di locali ed attrezzature;
- che sia in possesso del certificato _____

- di essere a conoscenza di eventuali sopralluoghi/verifiche delle Autorità preposte su quanto altro previsto dalla DGR 28/2012 e smi.

N.B.

- **Qualora talune certificazioni sopradette non siano dovute, indicarne il motivo.**
- **Dichiarare il possesso dei certificati (antincendio, agibilità, destinazione d'uso ecc.)**

Data _____

FIRMA

Il Legale Rappresentante
(Allegare fotocopia documento di identità)

FAC-SIMILE DI DOMANDA DA PRODURRE SU CARTA INTESTATA

PER RICHIEDERE L'APPROVAZIONE, AI SENSI DEL DCA N°8/2016 PER ESPLETARE CORSI DI FORMAZIONE PER ALIMENTARISTI
Allegato n° 5

MODELLO DI CURRICULUM VITAE

(elementi indispensabili da indicare)

Dati personali (anagrafici)

(Nome, cognome, luogo e data di nascita, Nazionalità, indirizzo, telefono, cellulare, fax, e-mail)

Stato lavorativo attuale

(Indicare se libero professionista, prestatore di collaborazione coordinata e continua, dipendente privato, dipendente pubblico, pensionato, (altro specificare)

Curriculum formativo

Titolo di studio

Specializzazione

Master, Dottorati, corsi specialistici, ecc

Aggiornamenti

Materia di insegnamento_____

Curriculum Professionale (Elencare le attività lavorative svolte, coerenti con l'insegnamento/ tutoraggio a partire dalle più recenti)

Lista distinta per:

- ❖ Data di inizio e di fine attività/incarico
- ❖ Organizzazione per la quale si è svolta l'attività
- ❖ Tipo di attività svolta.

Informazioni aggiuntive (Pubblicazioni, etc)

Data _____

FIRMA

- ✓ Allegare fotocopia di carta d'identità fronte retro su una sola facciata